

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
Conduite du Traitement Chirurgical
DES
FISTULES PYO-STERCORALES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 15 janvier 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. ALBERT-GASTON DEVAUX

Interne Lauréat des Hôpitaux de Lyon

(Prix Am. Bonnet, 1912)

Né le 1^{er} mars 1888, à Saint-Denis-du-Sig (Oran)



VILLEFRANCHE

Imprimerie du « RÉVEIL DU BEAUJOLAIS »

9 et 9 bis, rue Pierre-Morin

—
1921

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

Conduite du Traitement Chirurgical

DES

FISTULES PYO-STERCORALES

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA
Conduite du Traitement Chirurgical
DES
FISTULES PYO-STERCORALES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 15 janvier 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. ALBERT-GASTON DEVAUX

Interne Lauréat des Hôpitaux de Lyon

(Prix Am. Bonnet, 1912)

Né le 1^{er} mars 1888, à Saint-Denis-du-Sig (Oran)



VILLEFRANCHE

Imprimerie du « RÉVEIL DU BEAUJOLAIS »

9 et 9 bis, rue Pierre-Morin

1921

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ.
J. LEPINE

DOYEN.
ASSESEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT, POLLOSSON (M.)

PROFESSEURS

Cliniques médicales

Cliniques chirurgicales

Clinique obstétricale et Accouchements.

Clinique ophtalmologique

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques

Clinique neurologique et psychiatrique

Clinique des maladies des enfants

Clinique des maladies des femmes

Clinique d'oto-rhino-laryngologie.

Clinique des maladies des voies urinaires.

Clinique chirurgicale des maladies des enfants

Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie

Chimie biologique

Chimie organique et toxicologie

Matière médicale et Botanique

Parasitologie et Histoire naturelle médicale

Anatomie

Anatomie générale et Histologie

Physiologie

Pathologie interne

Pathologie et Thérapeutique générales

Anatomie pathologique

Médecine opératoire

Médecine expérimentale et comparée

Médecine légale

Hygiène

Thérapeutique

Pharmacologie

MM TEISSIER.

ROQUE

BARD

TIXIER.

BÉRARD,

FABRE.

ROLLET.

NICOLAS.

LEPINE (J)

WEILL.

POLLOSSON (A.)

LANNOIS.

ROCHET.

NOVE-JOSSERAND.

CLUZET.

HUGOUNENQ.

MOREL.

MOREAU.

GUIART.

LATARJET.

POLICARD.

DOYON.

COLLET.

MOURIQUAND.

PAVIOT.

VILLARD.

ARLOING (F.)

ETIENNE MARTIN.

COURMONT (P.)

PIC.

FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Pathologie externe.

Propédeutique de gynécologie

VALLAS.

CONDAMIN.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale.

Accouchements

Embryologie

Anatomie topographique.

Botanique

Urologie

Stomatologie

MM. BARRAL.

COMMANDEUR.

HOVELACQUE.

PATEL.

BRETIN.

GAYET

TELLIER.

AGRÉGÉS

MM

BARRAL.

COMMANDEUR.

NOGIER

BRETIN

LERICHE

THEVENOT (Léon)

TAVERNIER

MM.

CADE.

GUILLEMARD.

GARIN

SAVY.

FROMENT.

THEVENOT Lucien.

PIERY.

MM.

COTTE.

DUROUX

HOVELACQUE

TRILLAT

SARVONAT

FLORENCE

ROCHAIX

MM.

CORDIER

ROUBIER

FAVRE

MURARD

BONNET

GRAVIER, chargé
des fonctions.

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. L. TIXIER, président ; GAYET, assesseur ;

MM. PATEL et BONNET Paul, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

AUX MIENS

A MES AMIS

AVANT-PROPOS

Le traitement chirurgical des fistules pyo-stercorales a éveillé l'intérêt des chirurgiens dès la fin de la première moitié du XIX^e siècle, et VELPEAU (1836) est le premier auteur qui lui ait consacré ses efforts. En 1874, VERNEUIL appelle de nouveau sur ces lésions et sur leur thérapeutique l'attention de la Société de Chirurgie de Paris, et BLIN, en 1879, écrit sur cette question une thèse inaugurale déjà précieuse. En 1888, TRÉLAT, dans ses cliniques, émet sur le même sujet une série d'idées saines et claires, propres à donner à penser au lecteur, qu'elles devraient constituer les fondements définitifs de la cure opératoire des fistules pyo-stercostales. Celles-ci est donc connue depuis un long temps déjà et pratiquée à l'ordinaire par la majorité des chirurgiens contemporains, d'après les enseignements du traitement direct, et nous n'aurions pas eu dessein d'en faire l'objet de ce travail, si la lecture des comptes-rendus d'un certain nombre de séances tout récentes de la *Soc. de Chir. de Paris*, n'avait attiré l'attention de notre maître, M. DELORE, et la nôtre, sur les résultats défavorables des observations qui y furent présentées. Il s'agit là de fistules pyo-stercorales, engendrées par des plaies de guerre, et traitées par des **méthodes détournées** qui nous sont apparues en flagrant délit d'op-

position avec celles qui, à notre connaissance, sont de pratique habituelle dans les observations de M. DELORE. C'est ainsi qu'il nous a semblé utile de reprendre cette question, sur un mode critique, à la lumière des enseignements verbaux et des observations que nous a prodigués et communiqués notre maître, et pour lesquels nous le prions de recevoir ici l'hommage de notre affectueuse reconnaissance et de notre dévouement.

Nous gardons aussi notre meilleur et respectueux remerciement : à M. le Professeur TIXIER, chirurgien des Hôpitaux de Lyon, pour son très bienveillant accueil habituel, qu'il veut bien confirmer aujourd'hui en nous faisant l'honneur d'accepter la présidence de notre jury de thèse ; à MM. les Professeurs agrégés GAYET, PATEL et BONNET, membres de ce jury.

Nous devons à nos maîtres des Hôpitaux :

Externat : Professeur PONCET (in memoriam) ; Professeur NICOLAS ; MM. PLANCHU, BARJON, MOUISSET, Professeur TIXIER.

Internat : MM. GAYET, LAROYENNE, Professeur POLLOSSON (Aug.), MM. DELORE, MOLIN...

là part majeure de ce que nous avons pu apprendre et nous leur en témoignons ici notre respectueux sentiment.

Enfin, à M. le Professeur agrégé SIRAUD, chirurgien de l'Hôpital Saint-Luc, nous sommes particulièrement heureux d'apporter le tribut de notre gratitude pour le réconfort de son amitié éclairée et nous le prions de croire à notre durable affection et à tout notre dévouement.

INTRODUCTION

Notre but n'est pas de reprendre le syndrome : fistule pyo-stercorale (1) sous les espèces de son **étiologie** et de son **anatomie pathologique**, parce que nous n'aurions rien de nouveau à en apprendre. Les péritonites appendiculaires localisées, les gangrènes herniaires, les plaies perforantes de l'intestin en sont les causes banales, plus fréquentes au niveau de la fosse iliaque droite que de la gauche. La disposition anatomique de ces lésions, contenue dans la définition même qu'en donnent les auteurs, est depuis longtemps connue. Nous n'envisagerons, au reste, que **les abouchements pyo-stercoro-cutanés**, laissant de parti pris hors notre sujet les ouvertures dans toute cavité, naturelle abdomino-pelvienne. Dans la règle, l'issue des matières fécales est **postérieure** au drainage spontané ou chirurgical de la cavité pyogénique — quelques-unes de nos observations l'indiquent —. Nous signalerons aussi la *multiplicité* assez fréquente *des orifices du côté de l'intestin*, en regard d'un abouchement cutané plus souvent unique, parce que cette notion est de nature à influencer le traitement de l'intestin proprement dit. Enfin,

(1) TRÉLAT préfère cette dénomination à celle de « stercoropurulente », parce que « le mot sonne mieux et qu'il est plus court ».

notre sentiment est que *les adhérences péritonéales* constantes et parfois si tenaces que l'on trouve signalées avec insistance dans les observations des divers chirurgiens, sont plus le fait de la suppuration péritonéo-pariétale concomitante que de la fistule stercorale elle-même.

Nous avons abandonné, de propos délibéré, l'exposé de toute **technique opératoire**, aujourd'hui classée, ne retenant, dans ce domaine, que des points de détail propres à assurer le succès de l'intervention, et que nous mentionnerons brièvement au cours de notre travail, en leur place.

Il ne nous reste plus qu'un point à éclairer pour poser nettement notre sujet. Dans celui-ci, nous ne nous occuperons que des fistules pyo-stercorales que RICARD et LAUNAY disent siéger « **sur anse saine** », rejetant celles dites « sur anse malade ». Pour celles-ci, en effet, qui concernent les cas de cancers et de tuberculoses intestinaux, dès l'instant que toute résection y est impossible, le traitement indirect de dérivation des matières devient une ressource précieuse, et, dans les tuberculoses, un moyen de prévenir l'inoculation de l'intestin sous-jacent. MM. DELORE et PATEL ont pu préconiser, à ce titre, l'exclusion unilatérale (*Rev. de Chir.* 1901) et BERGER (*Congr. Chir.* 1903, p. 71), la bilatérale. L'exclusion, ici, amende l'infection du tube digestif et la péri cœlite et permet des survies appréciées. Ce sont faits unanimement admis. Cependant, nous apportons à cette distinction des deux groupes de fistules pyo-stercorales un tempérament et nous montrerons que *certaines tuberculoses intestinales*, presque toujours des iléo-cæcales, et fistulisées, demeurent justiciables de la thérapeutique générale directe que nous

exposons, dans notre deuxième partie, à propos des fistules sur anse saine : nous en donnerons des exemples.

Dans une première partie, nous dirons **les faits récents** qui soulèvent, à notre sens, une *discussion critique* et, dans une deuxième et dernière, nous fournirons les documents qui nous permettront de remettre la cure chirurgicale des fistules pyo-stercorales **dans la voie classique**. Nous ne séparerons pas celles-ci, en un très court chapitre **de statistique**, de toutes les autres fistules stercorales pures qu'a eu l'occasion de traiter et opérer M. DELORE, afin de donner à notre travail tout ensemble une apparence d'unité et un caractère de vérité.

PREMIERE PARTIE

FAITS RÉCENTS. — LEUR DISCUSSION CRITIQUE. — VALEUR DES OPÉRATIONS DE DÉRIVATION DES MATIÈRES.

Tout d'abord, **les matériaux** publiés récemment :

A. M. Ockinczyc a rapporté à la Soc. de Chir. de Paris (séance du 14 avril 1920) les deux observations suivantes :

1° *Fistule pyo-stercorale* siégeant sur le côlon droit (anse lombaire, chez un militaire blessé le 24 septembre 1914. Fracture concomitante de la crête iliaque. La presque totalité des matières sort par la fistule et l'abcès à fusé, par la gaine iliaque, jusque dans le triangle de Scarpa. M. Ockinczyc pratique, le 19 octobre 1914, une iléo-colostomie transverse, avec exclusion bilatérale de la fin du grêle et du caeco-côlon ascendant. L'anus contre nature se mue en fistule muqueuse, qui « assure l'évacuation muqueuse de l'anse exclue ». En janvier 1915, coliques violentes et contracture de l'abdomen ; anse dilatée, dure et clapotante à gauche de l'ombilic. Aucune distension de l'anse exclue, assure-t-on. Le 26 février 1915, deuxième intervention. De très fortes adhérences unissent paroi, épiploon et anses intestinales, qui forment un bloc unique. Il est impossible de songer à extirper l'anse exclue et l'on se contente de libérer l'intestin de la paroi. Les crises douloureuses disparaissent pendant quelques mois.

Puis, ce blessé est confié à M. Walther. Le 23 décembre 1915,

phénomènes d'occlusion intestinale et de réaction péritonéale. On ne fait pas d'entérostomie, et le traitement médical amène un amendement. Le muco-pus augmente par la fistule lombaire. *Le 27 janvier 1916*, M. Walther, réintervenant, trouve une fusion complète de la paroi avec une masse mamelonnée et rougeâtre, qui était le grêle, ressemblant à « un vieil eczéma lichénoïde hypertrophié ». Libération des anses et sérum tiède dans le ventre. Excellentes nouvelles depuis. *Le 10 février 1919*, nouveaux accidents abdominaux : douleurs, vomissements, ballonnement : *crise de rétention dans le côlon exclu* ; apparition à la région lombaire d'une tuméfaction purulente autour de la fistule. Traitement médical, qui fait céder ces accidents. Ce blessé garde donc son exclusion, périodiquement ouverte (tous les 2 ou 3 mois) pour laisser échapper un peu de muco-pus.

2° *Fistule pyo-stercorale* par halle dans l'hypocondre gauche (anse lombaire), chez un soldat blessé *le 23 septembre 1914*. — 1^{re} *opération le 16 octobre 1914* : drainage lombaire ; on enlève une grosse escarre flottant dans la cavité purulente. — *29 octobre* : 2° *intervention*. Laparotomie médiane : adossement adhérent du côlon droit, du côlon pelvien et d'une anse grêle. Anastomose transverso-sigmoïdienne avec exclusion du côlon descendant et d'une partie du pelvien. Le onzième jour, abcès communiquant avec la fistule stercorale.

Le 6 juillet 1915 : 3° *opération* pour réséquer l'anse exclue. *Péritonite plastique dans la moitié gauche de l'abdomen*. Au cours de la manœuvre de libération, les anses grêles subissent des dommages. On arrive à enlever l'anse exclue. Suture de son méso au péritoine pariétal antérieur. Drain lombaire. — *Le 14 juillet* : *mort* par péritonite suraigüe.

B. M.-G. Leclerc (de Dijon) a produit à la *Société de Chir. de Paris (16 juin 1920)* l'observation suivante (résumée), rapportée et commentée par M. Ockinczyc :

Fistule pyo-stercorale par plaie de la région lombaire gauche, par éclat d'obus reçu en *février 1915*. — *En août 1915* : laparatomie médiane sous-ombilicale. Le côlon descendant adhère à la paroi. Exclusion bilatérale du côlon descendant et anastomose latéro-latérale du transverse au sigmoïde. Réaction péritonéale très vive. Craignant l'absence de drainage, M. Leclerc incise sur la fistule lombaire et enlève un

éclat d'obus. *Disparition des signes de péritonite* (1). Mais la fistule s'élargit dans les mois suivants.

Le 8 juillet 1916, la muqueuse intestinale se prolabe par l'anus contre nature ; le *prolapsus* forme un volumineux champignon ; coliques. Blessé réclame une nouvelle intervention. Laparotomie latérale. Section du méso côlon descendant de haut en bas, depuis l'extrémité supérieure de l'anse exclue jusque vers la fistule, mais le bout inférieur n'est pas reconnu. On le croit évaginé. On en fait autant alors du reste du côlon exclu vers la plaie lombaire. — Fermeture du ventre. — Extirpation facile de l'anse exclue par un acte lombaire.

Le blessé succombe le 12^e jour avec des symptômes de péritonite.

C. M. Fasano, sous le titre : *Contribution à la chirurgie du côlon descendant*, relate l'observation ci-dessous (*Il Policlinico* (Sezione Chirurgica), t. XXVII, n° 2, février 1920, p. 64-70) :

Plaie de la portion inférieure du côlon descendant, associée à une fracture de la crête iliaque, par le même projectile. « Dès le douzième jour » après la blessure, F. tente de fermer l'orifice intestinal ; il fait une greffe de fascia lata pour renforcer la suture, puis une typhlo-sigmoïdostomie de décharge. Echec : réouverture de la fistule et *ostéite* de la fracture. Dans un deuxième temps, l'auteur curette le foyer osseux et libère largement le trajet fistuleux. Nouvel échec. F. se décide alors à réséquer le segment côlique fistulisé (4 cm). Malheureusement, dit-on, le blessé se lève pendant la nuit suivante et une anse grêle s'étrangle dans la brèche pariétale profonde : iléus aigu et, malgré une entérostomie, *mort* le lendemain.

F. justifie sa conduite en ajoutant qu'il ne pouvait songer à la résection primitive du côlon blessé *à cause des adhérences étendues*. M. Deniker, qui rapporte cette observation dans le *Journal de Chirurgie* (T. XVI, n° 5, 1920) se demande pourquoi Fasano ne discute nulle part l'indication de l'exclusion bilatérale ouverte comme premier temps de l'intervention.

(1) Nous faisons remarquer cet amendement à la suite du drainage de la cavité pyogénique.

D. Enfin, nous relatons succinctement une observation, déjà ancienne, de *Dombrovsky*, où la conduite opératoire, finalement heureuse, est calquée sur celle des cas précédents :

Etude sur le traitement des fistules stercorales (Trav. clin. chir. Pr Oppel, T. III, 1912, p. 245 à 295) : à propos d'une appendicite suppurée, fistules récidivantes et multiples traitées à plusieurs reprises par des anastomoses diverses et, finalement, par une exclusion bilatérale du caecum et de la fin de l'iléon, suivie, six mois après, d'une extirpation de tout l'intestin exclu « avec la plus grande difficulté en raison de nombreuses adhérences à la vessie, au rectum, à l'S iliaque et aux anses grêles » ; le rectum fut même ouvert. Suites opératoires « presque désespérées » pendant plusieurs jours.

L'auteur conclut là-dessus à la supériorité de l'exclusion bilatérale.

Tous les faits que nous venons d'exposer sont frères par la commune stratégie opératoire qui y fut adoptée et pratiquée. C'est à savoir qu'en face de la complexité lésionnelle, surtout exprimée par l'abondance des adhérences péritonéales, souvent indéchiffrables, les chirurgiens ont **retraité devant le traitement direct** de leurs fistules pyo-stercorales et accepté d'emblée les interventions primitives de dérivation. Les adhérences pariéto-intestinales étant maxima dans les fistules à pus et à matières, le passage constant de celles-ci par l'orifice anormal, d'une part entretient et nourrit la suppuration périfistulaire, d'autre part favorise la persistance ou l'aggravation des brides péritonéales plastiques autour de l'anse lésée. Il y a donc, tout ensemble, contre-indication à la fermeture directe ou à l'extirpation de l'intestin fistulé — comme trop malaisée anatomiquement, voire impraticable cliniquement en raison du danger de péritonite — et indication majeure du détournement préalable des matières —

comme acte de désinfection et, conséquemment, de préparation au traitement ultérieur de la fistule intestinale proprement dite.

Telle est l'idée directrice que l'on retrouve chez les auteurs :

M. HARTMANN écrit (*Chir. de l'Int. 1907*) : « Dans les fistules pyo-stercorales, en raison de la plus grande étendue habituelle des adhérences, la résection des parties malades est rarement possible et l'indication de l'exclusion se présente plus fréquemment... C'est la conclusion à laquelle arrive *Eiselsberg*, qui a eu l'occasion de traiter un assez grand nombre de malades et a écrit sur ces questions plusieurs mémoires intéressants (1). Et MONOD et VANVERTS (*Traité de Technique Opératoire*, 1908, II, p. 261) : « ... si la disposition des lésions semble complexe, on a recours d'emblée à l'entéro-anastomose ou à l'exclusion de l'anse malade ». Enfin, M. OCKINCZYC dit littéralement : « Pour tarir une fistule pyo-stercorale, il n'est d'autre moyen que la dérivation, qui n'est complètement réalisée que par l'exclusion bilatérale ». *Jourdan*, dans son excellente *Thèse de Montpellier (1910)*, classe les fistules pyo-stercorales « avec adhérences tenaces » comme une indication formelle de l'exclusion.

Or, s'il est indéniable que l'intestin doit être personnellement respecté par le bistouri tant que la suppuration voisine n'est pas asséchée (*voir deuxième partie*) — en dehors des cas relativement rares de fistules jéjunales, où la dénutrition exige de ne pas temporiser — l'opportunité de l'exclusion, prélude indispensable ou utile à un acte radi-

(1) Même point de vue chez TERRIER et GOSSET (*Rev. Chir. 1900*).

cal tardif, ne nous paraît pas s'imposer ; bien au contraire, nous croyons cette opération systématique **responsable de mécomptes, voire de méfaits**, quand elle n'est pas plus simplement **inefficace**.

DANGERS ET INCONVÉNIENTS DES OPÉRATIONS DÉRIVATIVES, SPÉCIALEMENT DE L'EXCLUSION BILATÉRALE

Il s'agit, bien entendu, d'exclusion primitivement **ouverte** (1), puisqu'il y a fistule, et d'exclusion **bilatérale**, car seule, dit M. P. DUVAL, elle dérive réellement le cours des matières. L'exclusion *unilatérale*, en effet, offre les dangers de la rétention stercorale (P. DUVAL), le reflux y étant la règle, surtout pour le gros intestin où ce mouvement est physiologique. M. HARTMANN (*Congr. Chir.*, 1903) est d'ailleurs formel sur l'existence de ce reflux dans les unilatérales, et n'excepte absolument, avec raison que les fistules portant sur la fin de l'iléon, à cause de la présence de la valvule de Bauhin.

Or, l'exclusion bilatérale peut être **dangereuse** ; elle peut apporter des **obstacles à la résection secondaire**.

A. — L'exclusion bilatérale ouverte peut être dangereuse

Voici une série de faits à l'appui de cette affirmation .

1° Le malade de l'obs. II de VAUTRIX (*Rev. de Chir.*, 1903, p. 20), ayant subi une exclusion pour **néoplasme**,

(1) L'exclusion bilatérale fermée est unanimement condamnée, depuis les travaux initiaux de FRITZ SALZER (1891, OBALINSKI et VON BARRACZ (revenus sur leur opinion première), HEYDEURICH en France (1897), etc., (voir TERRIER et GOSSET, *Rev. de Chir.*, 1900).

présenta des accidents de rétention dans l'anse exclue d'un liquide muco-purulent, dont l'issue soulageait beaucoup le malade. Deplus, il se fit autour de l'anse un phlegmon péritonéal, qui nécessita de multiples incisions de drainage.

2° M. G. LECLERC (de Dijon) a communiqué à la *Soc. de Chir. de Lyon* (*Lyon Méd.* 1908, t. I, p. 190 à 198), un cas d'exclusion: unilatérale pourtant, de la fin de l'iléon pour un néoplasme de la valvule iléo-cæcale. Six mois plus tard, réintervenant pour extirpation, il trouve la portion exclue du grêle très distendue et congestionnée, contenant du liquide sous pression. (Entérectomie large, guérison).

3° HOCHENEGG rendit compte de l'observation ci-dessous à la *Soc. Impériale de Médecine de Vienne* (séance du 24 mai 1912) (voir aussi *Wiener Klinische Wochenschrift*, t. XXV, n° 25, 20 juin 1912, p. 947 à 949, avec deux fig.) :

Femme jeune ayant gardé une fistule pyo-stercorale à la suite d'un abcès appendiculaire. On élargit et draine le trajet. On établit une exclusion bilatérale de la moitié droite du côlon. La fistule (côlon ascendant) se ferme spontanément trois mois après. Guérison apparente pendant quinze ans. Alors, accidents graves (frissons, température) et apparition d'une tumeur à droite du ventre. On enlève celle-ci par une résection facile sauf au point initial de la fistule. La tumeur stercorale pesait 1.730 gr. et ressemblait à du mastic ; l'anse exclue mesurait 76 cm de long et 28 cm de circonférence. Paroi très hypertrophiée ; imminence de perforation en un point.

H. cite un cas semblable de WIESINGER, où l'on trouva à l'autopsie une péritonite par perforation.

4° A la séance du 15 janvier 1914 de la *Soc. de Chir. de Lyon*, M. GOULLIoud dit les dangers de l'exclusion bilatérale sur anse exposée à se fermer ; lors d'une réintervention pour l'enlever, il l'a vue distendue par du liquide et prête à se rompre dans le péritoine.

5° M. LECÈNE a rapporté et commenté tout récemment (*Soc. de Chir. de Paris, séance du 14 avril 1920*) le cas d'une exclusion du jejunum par blessure de guerre. Contrairement à l'intention de ce chirurgien, on « laissa plus tard la fistule se fermer ». Sept mois environ après éclatèrent chez l'opéré des accidents péritonéaux très graves. Du liquide purulent baignait la séreuse. On draina le Douglas et réouvrit la fistule. Cinq mois plus tard, M. Lecène fait la résection de l'anse exclue, une résection difficile. — Guérison. — Pas de perforation sur l'anse.

Ajoutons enfin que l'un des blessés de M. OCKINCZYC, suivi plus tard par M. WALTHER, a souffert de crises de rétention dans l'anse exclue, que M. LARDENNOIS dit avoir vu plusieurs fois l'anse exclue « longue et pleine d'amas stercoraux », que M. G. LECLERC, à propos de sa communication rapportée plus haut à la *Soc. de Chir. de Paris* (16 juin 1920), conclut que « **l'exclusion bilatérale ouverte peut donner des réactions péritonéales très graves** ».

Tous ces faits contiennent en eux-mêmes leur éloquence, et nous adoptons volontiers l'expression **d'exclusion « en bocal »** dont se sert quelque part M. HARTMANN pour désigner la bilatérale. Le « tarissement » d'une fistule ster-

corale n'est donc pas consommé, il s'en faut ! dès l'instant qu'on en détourne les seules feces : il faut encore compter avec les sécrétions glandulaires et les fermentations toujours septiques de la muqueuse digestive. En cette matière, l'esprit se défend mal d'une certaine assimilation avec ce qui se passe dans le péritoine autour de la « cavité close » (ou demi-close) appendiculaire.

Il conviendrait donc, pratiquement, de **fistuliser largement** les anses intestinales que l'on isole de leur rôle physiologique. Et, en effet, beaucoup de chirurgiens s'en sont maintes fois inquiétés, pour ne citer, d'hier, que M. P. DUVAL, qui veut une anse largement ouverte, « en vidange totale ». Mais, comme le fait remarquer M. OCKINCZYC, à la *Soc. de Chir. de Paris (16 juin 1920)*, à peine était-on d'accord pour créer des stomies suffisantes aux anses isolées que M. G. LECLERC venait montrer, par son observation présentée à la même séance, l'inconvénient majeur de telles brèches, à savoir le **prolapsus**, plus ou moins total et marqué, de la paroi digestive, ce qui amène à contraindre l'opérateur d'exclure une longueur minima de l'intestin lésé ; or ces **exclusions réduites** sont de pratique malaisée, en raison de la richesse des adhérences qui sont le cortège regrettable de toute fistule pyo-ster-corale à ses débuts.

On voit la complexité du problème. Une obligation demeure, dans le principe : celle **d'enlever secondairement l'anse exclue**. Bien des opérés circulent, qui portent de ces anses plus ou moins continûment drainées, et qu'on voudrait savoir à l'abri de tout accident abdominal. Or, les faits rapportés d'exclusion sont nombreux et ceux d'exérèse secondaire combien plus rares ! Serait-ce donc que

l'ablation d'une anse exclue est un acte entaché d'une trop grande difficulté technique, et conséquemment d'une mortalité redoutable ? Question pleine d'un intérêt non moins pratique que spéculatif, et que nous allons essayer d'exposer.

B. — L'exclusion bilatérale peut-elle créer des difficultés à la résection secondaire de l'anse exclue ?

Une telle interrogation se pose légitimement en présence de l'enchevêtrement, parfois inextricable, des adhérences fibro-plastiques péritonéales que les opérateurs ont trop souvent rencontrées, autour des anses exclues, lors de l'essai d'extirpation de celles-ci. Si bien que, récemment, certains auteurs se sont laissé tenter d'établir une relation de causalité directe entre l'exclusion et l'accroissement véritablement surprenant des processus adhésifs de la séreuse. Cette **néo-formation plastique** peut être telle qu'il devient parfois difficile de reconnaître, en son emmêlement, l'anse exclue, particulièrement si le méso de celle-ci est un méso court.

Pourtant, l'opinion inverse, par laquelle *l'exclusion intestinale favorise opératoirement l'enlèvement de l'anse*, est accréditée, presque classiquement, dans l'esprit de la plupart des chirurgiens : ainsi M. P. DUVAL, qui l'a exprimée formellement à la *Soc. de Chir. de Paris* (séance du 26 mai 1920). Et, à l'appui d'une telle conviction, semblent venir s'inscrire un certain nombre de faits. TERRIER et GOSSET, dans leur article de la *Rev. de Chir.* (1900), citent des cas de HOCHENEGG, OBALINSKI, VON EISELSBERG, où, des résections primitives d'anses contre

nature ayant été impraticables, une exclusion préalable permit l'extirpation de l'anse un certain nombre de mois plus tard (1).

Une observation très récente de M. DUPONT (*Soc. Chir. Paris, 14 mai 1919*) semble plus probante, où, en face d'une fistule pyo-stercorale sur le cæcum et d'origine traumatique, ce chirurgien, après des interventions de débridement et des essais de cure directe de la fistule, prit le parti de dériver le cours des matières par une iléo-colostomie transverse avec exclusion unilatérale du cæco-côlon droit ; deux mois plus tard, il put enlever l'anse exclue, péniblement encore cependant, les plans rétro-cæcaux extra-adhérentiels ayant beaucoup facilité le décollement. La lecture de cette observation permet d'affirmer que l'exclusion — unilatérale et non bilatérale — *n'a pas été un obstacle à la résection*. Mais qu'elle l'ait favorisée, c'est une déduction hasardée, car il sied de ne pas omettre que M. Dupont avait mis à plat, par le débridement et le drainage, le foyer d'infection périfistulaire, et qu'il s'est félicité d'avoir su **attendre** un long temps avant d'agir sur le tube digestif, comme nous en démontrerons la nécessité dans la partie positive de ce travail.

Dans ce débat, il nous faut maintenant verser **d'autres faits**, qui paraissent **à la charge des opérations d'exclusion**. Nous visons surtout l'importante discussion qu'a soulevé à la *Soc. de Chir. de Paris* la communication de M. OCKINCZYC, touchant la *genèse de la péritonite*

(1) On aimerait savoir s'il s'est agi dans ces faits de véritables fistules pyo-stercorales sur anse saine ou, plus probablement, de néoplasies intestinales.

plastique rencontrée chez ses deux opérés (voir plus haut ces deux observations). Ces cas ne sont pas isolés. Les difficultés certaines des extirpations secondaires d'anses exclues reviennent, notamment dans les observations et communications verbales sur des blessures de guerre, comme un leit-motiv (1). Les opérations itératives, dit proprement M. Ockinczyc, sont « graves sur ces abdomens malmenés ». Or, *elles sont nécessaires*, parce que la suppuration persiste, parce que le blessé ou le malade veut en finir avec une telle infirmité, parce qu'enfin la stomie de drainage peut s'obturer, origine d'un péril échéant. Et, au moment d'aborder l'anse exclue pour l'enlever, on se heurte à un maquis de bride et de lames péritonéales inextricablement emmêlées ou, si l'on a la chance de mener à bout une telle intervention, on voit éclore trop souvent des accidents de péritonite mortels — tel ce blessé que M. WALTHER a perdu à la Pitié, après une résection d'anse côlique bilatéralement exclue, d'une collection péritonéale purifiée, suivie de broncho-pneumonie double.

Quelle est donc la source de ces processus adhésifs fibroplastiques ? Chez les deux blessés de M. Ockinczyc, il n'existait au début que quelques adhérences glutineuses, sans signe de péritonite en évolution. Quelques mois plus tard, la péritonite, chronique, était généralisée chez le

(1) M. WALTHER (*Soc. de Chir. de Paris*, 2 août 1916) cite un cas de plaie par balle de l'angle gauche du côlon où, après une anastomose côlo-côlique du transverse ou descendant, il fit « *très péniblement* » la résection de cette anse exclue, qu'il avait pourtant refoulée le plus loin possible, lors du premier temps, vers la brèche pariétale.

premier opéré, en sorte que toute extirpation de l'anse isolée devenait irréalisable (1), étendue à la moitié gauche de l'abdomen chez le deuxième opéré, qu'on réussit à débarrasser de son anse, mais qui succomba le sixième jour à une infection suraiguë de la séreuse. Et M. Ockinczyc de conclure : « Force m'est bien d'établir un certain rapport de cause à effet entre l'exclusion elle-même et la réaction inflammatoire ultérieure ». Ce chirurgien incrimine la persistance dans le ventre d'une anse exclue et la stagnation des matières à son intérieur, source d'une propagation infectieuse, subaiguë ou chronique, vers le péritoine (2).

L'observation de M. LECÈNE rapportée plus haut, et communiquée à la même séance de la Soc. de Chir., paraît appuyer les conclusions de M. Ockinczyc touchant la cause de la péritonite plastique : l'anse exclue, si péniblement extirpée de sa gangue fibreuse, et qui avait été l'origine des accidents péritonéaux, ne portait pas de trace de perforation. C'est donc qu'il s'y est agi, également, de **péritonite par propagation**.

Une telle interprétation des faits que nous venons de relater, et que ceux-ci sont de nature à légitimer, est loin

(1) Ce blessé fit par la suite des accidents d'occlusion intestinale pour lesquels M. Walther intervint.

(2) M. Ockinczyc cherche à parer à de tels inconvénients par l'expression préalable de l'anse avant les sections, par l'ouverture confortable au tégument, par la réalisation d'une exclusion segmentaire le plus économique possible et toute voisine de la fistule. Il recommande par surcroît, de dresser une barrière de suture péritonéale entre la grande séreuse et l'anse intestinale isolée (*procédé de QUÉNU et DUVAE*).

de faire l'accord des chirurgiens et elle a été, en particulier, formellement contre-battue; à la *Soc. de Chir. de Paris*, par M. P. DUVAL, qui, ne trouvant nulle part trace de rétention dans l'anse exclue, affirme-t-il, chez les deux opérés, de M. Ockinczyc, ne saurait admettre que cette dernière soit le lieu d'origine d'une inflammation plastique de la séreuse, puis par M. POTHERAT, qui, tenant l'explication de M. Ockinczyc pour séduisante, lui impute cependant d'aller à l'encontre d'autres faits nombreux, notamment de nécropsies, au nom desquels M. Potherat incrimine le traumatisme inoculateur d'être la cause de tout le mal.

A la séance suivante de la Soc. de Chir., M. LARDENNOIS apporte une précision, d'ordre technique, sur l'une des genèses possibles de la péritonite plastique, et il accuse **l'insuffisance habituelle des sujets d'occlusion** des deux bouts intestinaux, lors de l'exclusion. En effet, la plupart des opérateurs sont accoutumés de fermer l'intestin par un surjet total recouvert d'un surjet séro-séreux, ou encore par une ligature suivie d'un surjet de Lembert. Or, la muqueuse, ectropionnée, nuit à l'accolement précoce des couches conjonctivo-musculaires de la paroi digestive et, la barrière séreuse se trouvant à elle seule en déficience, il peut se faire une filtration nocive de liquide septique vers la cavité péritonéale. L'opinion de M. Lardennois rencontre une confirmation dans les difficultés que l'on a bien souvent à commencer l'extirpation d'une anse exclue par l'un de ses bouts. Aussi ce chirurgien conseille-t-il — et c'est la pratique constante et ancienne de notre maître, M. DELORE, — de recourir à trois surjets superposés : muqueux, conjonctivo-musculaire,

séro-séreux, et, au besoin, à quatre rangs de sutures, dont deux de Lambert (Suture de Czerny-Lembert).

Enfin, M. Ockinczyc, rapporteur de M. G. Leclerc (de Dijon) pour l'observation relatée ci-dessus, et dans laquelle la péritonite fibro-plastique s'était, une fois de plus, révélée florissante après une exclusion bilatérale, persiste à penser, en dehors de toute interprétation pathogénique, que l'ablation secondaire des anses exclues est un **acte opératoire fort délicat et toujours dangereux**. Il serait téméraire d'infirmier une telle proposition, même après avoir tenté de bénéficier, par la *manceuvre* de MM. QUÉNU et DUVAL, de l'isolement de l'anse exclue du reste de la cavité péritonéale, immédiatement après l'établissement de l'exclusion. Cependant, M. Ockinczyc ne se refuse pas encore à admettre que l'inflammation pariétale du segment exclu « tombe » assez rapidement après l'exclusion, « encore qu'il s'agisse le plus souvent, ajoute-t-il, de néoplasmes infectés ou de tuberculose avec infection secondaire, où la sténose et la stagnation sont des causes d'inflammation ». Nous nous sommes expliqués plus haut sur ces faits d'extirpations tardives secondées et préparées par l'exclusion préalable, en rappelant les observations de Hochenegg, Obalinski, von Eiselsberg. En acceptant même cette influence bienfaisante de l'exclusion, telle qu'elle s'inscrit dans l'histoire des opérés des chirurgiens allemands, on ne peut contester que de tels faits sont beaucoup trop rares, en face de ceux qui tendent à prouver la nocivité des opérations de dérivation pour les actes radicaux secondaires. Au surplus — et M. Ockinczyc le fait bien remarquer, pour en tirer une conclusion empreinte de pessimisme — les faits d'exclusion sont de pratique

assez habituelle, au lieu que le deuxième temps est beaucoup plus rarement entrepris ou mené à bien, à moins que les chirurgiens ne gardent, sur celui-ci, un silence prudent, propre à évoquer le spectre d'une lourde mortalité.

Il est, il faut l'avouer, difficile de tirer une notion définitive et précise de la discussion qui est l'objet des pages précédentes ; difficile, parce toute conclusion ferme serait prématurée, en présence d'une documentation insuffisante, qui a besoin d'être complétée. Le mécanisme d'apparition et de développement du processus péritonéo-plastique est incertain ; le fait lui-même est moins contestable. Il nous souvient d'une lecture que KARL KLECKI (*V^e Congrès de Chir Polonais*, à Krakovie, 1893) accusait déjà les manœuvres opératoires sur l'intestin — et en particulier l'exclusion — de créer des adhérences péritonéales en causant des troubles de la circulation et des altérations dans la paroi intestinale ; il nous souvient encore que VAUTRIN (*Rev. de Chir.* 1903, p. 20), ayant soin, lors d'une exclusion pour néoplasme inextirpable, de ne décoller aucunes adhérences antécédentes qui, selon lui, sont protectrices contre la marche extensive du cancer, ajoutait : et même, **on crée**, par l'opération, de nouvelles adhérences bienfaisantes.

De tout ceci se dégage une impression défavorable à l'exclusion, premier temps d'un traitement opératoire rationnel des fistules pyo-stercorales. Lorsqu'on cherche, en effet, à pénétrer les raisons de l'exclusion première, on est contraint de ne pas les juger légitimes. On exclut, parce qu'on veut « *tarir* » la fistule, mais ce tarissement nous l'avons vu, est bien contingent et la cavité pyogénique, élément essentiel de la fistule pyo-stercorale, peut-

être encore entretenue et alimentée par l'écoulement muqueux septique qui demeure ; on fait encore l'exclusion, parce que le fouillis des adhérences péritonéales décommande l'action directe, in situ, sur l'intestin, en faveur d'un acte à distance, élégant, bien réglé, en tissu sain, et aussi parce qu'on espère que l'exclusion favorisera plus tard l'exérèse ; mais nous avons vu ce qu'il sied de penser de la valeur des opérations de dérivation.

Nous avons, en effet, montré, au cours de notre chapitre critique, que l'exclusion bilatérale, même ouverte, peut être nocive à un double point de vue ; nous allons tenter, dans une *deuxième partie, positive*, de faire la preuve qu'elle n'est pas indispensable, **qu'elle est inutile**, dans la conduite du traitement chirurgical des fistules pyostercorales.

DEUXIÈME PARTIE

CONDUITE DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DES FISTULES PYO-STERCORALES

Les flottements que trahit, dans l'esprit de beaucoup de chirurgiens, la stratégie opératoire qu'ils ont suivie dans les cas que nous avons fidèlement rappelés et transcrits, trouvent leur explication dans la complexité même des lésions anatomiques qu'ils ont eu à traiter : existence de clapiers infectés et suppuratifs, vestibule d'une péritonite pariéto-intestinale au milieu de laquelle s'ouvrent une ou plusieurs brèches intestinales déversant une partie du contenu digestif dans la cavité pyogénique. Il nous semble, au contraire, que ces **cas anatomiquement complexes** sont justiciables des mêmes méthodes thérapeutiques générales qui sont communément et fructueusement employées pour la cure des cas plus simples, et qui se résument dans ce que nous appelons **le traitement direct de l'intestin**. Nous avons dessein d'exposer les lignes majeures de celui-ci, avant de rapporter les observations qui, à nos yeux, le légitiment entièrement. Cependant, le

traitement direct des fistules pyo-stercorales ne saurait, malheureusement, être partout et toujours mis en action, et, en cours d'exposé, nous dirons ses contre-indications les plus habituelles, où les opérations de dérivation reprennent leurs droits **pour des raisons d'ordre clinique et général** beaucoup plus que d'ordre anatomique ou technique.

Le traitement direct des fistules pyo-stercorales possède des titres d'ancienneté, puisque VELPEAU, puis VERNEUIL (1) l'avaient déjà ébauché, que TRÉLAT (*Clinique*, 1888, 20 juin) en a fait le sujet de leçons, vraies encore aujourd'hui, dont son élève VAUCHER s'est inspiré dans sa *Thèse de Paris*, n° 215 (1889). Il a été repris par la plupart des ouvrages didactiques contemporains, et conseillé par eux, au moins pour les **cas peu complexes** ; enfin, en plusieurs interventions toutes récentes, M. POTHERAT l'a rappelé à la *Société de Chirurgie de Paris* avec une légitime insistance (2). Quel est-il ?

Deux éléments définissent et constituent, en schéma, la fistule pyo-stercorale : **la cavité pyogénique, la brèche intestinale**. La première, lésion d'infection suppurative pariétale, plus ou moins complexe en ses modalités, peut subir l'influence nocive du passage des matières à son travers, lorsqu'elle est insuffisamment traitée : **mais surtout**, il est impossible que la seconde, la brèche intestinale, variable elle aussi en nombre, en siège et en surface, puisse guérir si l'élément infection — suppura-

(1) Cités par M. M. POLLOSSON (*Traitement de l'anus contre nature et des fistules stercorales*, Baillière, 1883).

(2) Six cas ainsi traités, avec succès, par ce chirurgien (*Soc. de Chir. de Paris*, 26 mai 1920).

tion n'est pas tari et supprimé préalablement. Il s'en suit que le chirurgien sera contraint d'établir sa **thérapeutique en deux actes** et de la conduire en **deux étapes**, séparées en durée par un intervalle de temps généralement évalué par plusieurs mois, et au cours duquel la fistule stercorale et purulente se mue progressivement en fistule stercorale pure, en **fistule labiée**, dit ROSER. Celle-ci est caractérisée par l'absence de suppuration à son alentour et par l'adossement ordinairement immédiat de la muqueuse intestinale à la peau plus ou moins cicatricielle. Envisageons successivement ces deux temps, sous le point de vue de la cure.

A. — Traitement de la cavité pyogénique

Sa mise en œuvre, pour être efficace, est subordonnée à la prospection préalable de la topographie précise de l'abcès, dont le foyer principal peut se compliquer de diverticules ou décollements (prolongements pelvien, crural, lombaire, etc.) A ce titre les *touchers rectal et vaginal* doivent être pratiqués, ici comme ailleurs. D'une autre part, comme la traversée de la cavité pyogénique par les matières fécales ne constitue qu'un épisode d'importance contingente (les observations le démontrent), il devient indispensable, par contre, de déceler toutes autres raisons possibles ou probables de stagnation ou d'entretien de la suppuration, telles que : *corps étrangers* (projectiles, débris esquilleux ou vestimentaires), *foyer de fracture infecté* et atteint d'osteïte, *appendice gangrené*, etc... On conçoit que la *radiographie* soit, en certains cas, d'un bon secours.

L'acte majeur de débridement, de détersion et de drainage s'inspirera des notions recueillies à la suite de cet examen, c'est-à-dire qu'il poursuivra le pus partout où il est collecté, aux points de déclivité (incisions vaginale, rectale, contre-ouverture lombaire) ; qu'il supprimera toute cause pyogène (curetage osseux, ablation de corps exogènes, etc.) ; parfois, il sera salutaire de mettre à plat des décollements plus ou moins lointains, en réunissant par de longues incisions les cheminées primitives de drainage (obs. III et IV).

L'importance de cette cure de détersion, complétée par des pansements fréquents, souvent durables, n'a échappé à nul chirurgien. Pour nous, elle est prépondérante, par **le bénéfice de ses résultats.**

A vrai dire, ceux-ci se font parfois espérer plusieurs mois, dans les cas complexes. Il n'importe, si le blessé peut attendre. Ces résultats se traduisent par l'assèchement progressif de la suppuration, par sa transformation en *fistule labiée*, par l'amendement très marqué des processus de péritonite plastique. Et nous nous permettons de rappeler ici que nous nous sommes fait le contempteur de l'exclusion, en grande partie pour ce que ses raisons d'être perdent toute valeur, en présence des améliorations obtenues sans elle par la grâce du drainage détersif et du temps. En effet, **malgré la continuité du passage des matières par la fistule**, le pus arrive au tarissement, et la *disparition du pus possède une action lytique parallèle sur les adhérences pariéto-intestinales*. Par voie de conséquence, l'acte de débridement-drainage, loin de compliquer, à l'exemple de l'exclusion, le traitement de l'intestin proprement dit, le favorise et le prépare indéniablement.

Il y aurait, ici, matière à une digression, en manière de corollaire, sur l'influence respective de l'infection pariétale d'une part, de l'exclusion de l'anse, d'autre part, quant à l'apparition, à l'entretien, au développement et à l'amendement de la péritonite plastique. A cet égard, les faits relatés en notre *première partie* et les observations qui vont suivre tendent à nous affermir dans notre conviction que l'exclusion détruit le travail bienfaisant qu'eussent achevé, seuls, le drainage et la détersion de la cavité pyogénique. Pour nous, une fistule pyo-stercorale fait des adhérences péri-intestinales, parce qu'elle suppure en tissu cellulaire sous-péritonéal et la disparition de cette infection doit, logiquement, améliorer l'irritation de la séreuse, sans exclusion aucune. L'étude de la genèse des processus plastiques du péritoine dans les fistules pyo-stercorales, est à poursuivre, en ce sens, à l'aide de documents nouveaux.

B. — Traitement de l'intestin fistulisé

C'est le deuxième acte de la cure. Il ne doit être entrepris qu'à son heure, car il est étroitement subordonné à la conclusion du premier, dont le terme ultime est la suppression de toute infection pariétale agissante (1). Ce but, nous le savons, se fera parfois **attendre un long temps**, des mois. Il convient de savoir résister à la pression du malade, désireux d'en finir avec son anus anormal. Nous

(1) M. WALTHER a parlé d'un de ses malades, porteur d'une anse exclue, et qu'une ostéite sus-jacente empêche légitimement d'enlever.

insistons sur les bienfaits des moyens naturels de défense, orientés dans la bonne voie. Ce principe ne saurait accepter que l'exception de l'urgence, en faveur par exemple des **fistules grêles haut situées**, source de dénutrition, pour quoi une intervention de dérivation, à distance du clapier infectant, devient une nécessité et une arme de salut. L'entéro-anastomose, ici, comptera plus d'indications peut-être encore que l'exclusion, parce que plus simple et plus vite. Nous en savons un cas (1912), opéré par M. GAYET d'entéro-anastomose et complété plus tard, avec succès, par la fermeture du jéjunum pratiquée par M. Delore.

Dans la règle, il sied donc d'être patient.

Il est des **faits exceptionnels de fermeture spontanée** de la brèche intestinale, quand elle est minime, et quand le drainage a été efficace (preuve nouvelle de sa valeur). TRÉLAT en rapporte, en ses Cliniques, une ou deux observations, où la *méthode de VERNEUIL* (cautérisation et drainage) a le mérite de la guérison. M. LE DENTU (*Congr. de Chir.*, 1995, p. 224) en cite à son tour deux cas personnels.

D'autres fois, l'intestin a pu être réparé **séance tenante**, après détersion et cautérisation du clapier pyogénique dans tous ses recoins, et sous la protection d'un drainage (succès de VERNEUIL, de TRÉLAT). M. MAURICE POLLOSSON (1) rapporte un cas de JULLIARD (de Genève), qui ouvre la cavité abdominale, libère l'anse d'intestin, en ferme l'orifice, râcle les parois du trajet, ferme sur un drainage et obtient un succès complet, qui est à retenir pour l'époque.

(1) *Locum citatum.*

Presque toujours, l'intestin ne doit être appréhendé qu'à longue échéance. Il le sera, d'une façon constante, **par la voie intra-péritonéale**. La chirurgie contemporaine ne doit plus s'accommoder des innombrables procédés de suture extra-péritonéaux, dont on citait des nouveaux-nés, assez récemment encore, à la *Soc. de Chir. de Paris* (SAVARIAUD, après Nélaton, Biondi, Jeannel, *Bulletin du 28 juillet 1909*, p. 923 ; LENORMAND, *Bull. du 2 octobre 1912*). Il n'y aurait d'exception légitime que pour les toutes petites fistulettes, où « tout est permis », dit M. POTHERAT. Nous savons un seul cas de fermeture extra-péritonéale tentée par notre maître, M. DELORE, sur un malade très affaibli : il fut suivi d'échec. Les méthodes intra-péritonéales demeurent seules aujourd'hui. TERRIER écrit déjà en 1900 : « Toutes les méthodes anciennes sans ouverture de la cavité péritonéale doivent être absolument proscrites. **Le plus souvent illusoires, elles ne sont pas sans dangers.** »

Il semble qu'en face d'une lésion exposé à la souillure des seules matières fécales — c'est le cas de nos fistules amenées à la situation *labiée* —, la plupart des chirurgiens aient gardé du péritoine une crainte que ne justifient pas les grands et loyaux services qu'il rend chaque jour à la chirurgie abdominale. Les nombreuses propriétés de self-défense de cette séreuse, qu'ont vulgarisées des revues contemporaines bien mises au point, donnent leur maximum de rendement, toutes les fois qu'un contage de virulence moyenne — cas banal — ayant atteint la séreuse en un point, **la cause en a été extirpée** par un acte chirurgical (appendicectomie, suture de perforation intestinale, etc...).

C'est une notion capitale de chirurgie péritonéale dont M. DELORE s'est attaché assidûment à nous montrer la valeur dogmatique à la fois et pratique. C'est en s'en inspirant qu'il convient d'entreprendre, sans arrière-pensée, le traitement direct des fistules stercorales et anus contre nature ou des fistules pyo-stercorales rendues stercorales pures par le prélude du débridement-drainage.

Les faits parlent en ce sens. « La mort par péritonite est tout ce qu'il y a de plus rare », dit TRÉLAT, en cette matière ; il est vrai qu'il ne visait que l'entérorraphie latérale, la résection étant encore trop grave en son temps. Plus tard, M. QUÉNU ne perd aucun opéré d'entérorraphie latérale (*Thèse de Francoz*, Paris 1908). M. POTHERAT n'enregistre à son compte aucun décès chez ses opérés de fistules stercorales ou pyo-stercorales (tous par la voie intrapéritonéale) ; pas davantage, M. DELORE (voir plus loin). MORESTIN a dit à la Soc. de Chir. de Paris, en proscrivant les procédés extra-séreux : « **le péritoine est loin d'être à redouter** dans ces cas ».

Nous n'avons pas le dessein, inutile, d'exposer ici les diverses **techniques opératoires** propres à la réparation de la brèche intestinale. Elles ont été excellemment décrites dans les *Thèses de FRANCOZ* (Prof. QUÉNU, Paris, 1908) et de JOURDAN (Prof. FORGUE, Montpellier, 1910). Nous n'attirons l'attention que sur quelques points de détail importants ou intéressants. C'est ainsi qu'il convient de **dégager l'anse intestinale lésée** très librement (1) ; cet

(1) Le plan péritonéal aura été abordé, *dans la règle*, par le moyen d'une incision circumfistulaire, dont les lèvres internes auront été suturées en couvercle par-dessus l'orifice intestinal, pour éviter tout contact et tout contag.

acte permet de se rendre un compte précis du nombre, du siège et de l'étendue des perforations de la paroi digestive. D'autre part — et TRÉLAT le disait déjà en ses *Cliniques* (1891, t. II, p. 286) — l'échec de la suture est certain tant que l'intestin n'a pas été entièrement libéré. L'état constaté des lésions, la nature de l'anse (grêle ou côlique) commanderont alors soit une simple *entérorraphie latérale*, soit une *résection*. Cette dernière présentera assez souvent des difficultés dues à la persistance d'adhérences plastiques, surtout si l'on s'est hâté de réintervenir avant l'apparition de l'état labié de la fistule. Mais l'imprévu de la technique, son imprécision, ne sauraient faire échec, entre les mains d'un chirurgien exercé, à la nécessité de réséquer, surtout si l'on a recours au clivage dans les plans rétro-côliques. Nous n'apercevons donc pas de contre-indication à la résection **dans l'ordre anatomique**, si l'on a su se montrer opportun. Au contraire, **dans l'ordre clinique**, nous ne réséquons naturellement pas les sujets débilités (fistules jujénale), cachectiques (vieillards, etc.). Chez ceux-ci, les opérations de dérivation, l'entéro-anastomose (1) plus encore que l'exclusion bilatérale, qui nécessite des sections complémentaires, seront un palliatif précieux.

M. DELORE établit les sutures intestinales au catgut moyen, plutôt gros que fin, et sur triple ou quadruple rang : muco-muqueux, musculo-conjonctif (sur lequel M. LARDENNOIS a insisté pour l'étanchéité), séro-séreux simple ou double.

(1) *Thèse de Sikora, Paris, 1902* : De l'entéro-anastomose dans le traitement de l'A. C. N.

Puis le **péritoine pariétal est complètement refermé**, après ou sans cloisonnement préalable destiné à isoler l'anse opérée du reste de la cavité abdominale, et une abstersion soigneuse de nettoyage ayant été pratiquée auparavant (1).

Enfin, il est constant que M. DELORE **draine la paroi par-dessus le péritoine**, ou mieux qu'il laisse celle-ci presque complètement ouverte, provisoirement, par le moyen de *fils d'attente*, noués vers le deuxième ou troisième jour. En effet, si l'on doit faire confiance à la séreuse péritonéale pour vaincre les sources, généralement modestes, d'infection que crée l'intervention intestinale, la crainte du tissu cellulaire pariétal est à juste titre légitime et salutaire. Les chirurgiens sont unanimes à proscrire l'occlusion totale des plans superficiels, où les chances de dissémination infectieuse et de résorption toxique seraient maxima. Cette notion est aujourd'hui un truisme.

Tel est l'enseignement, tant sur la conduite générale du traitement des fistules pyo-stercorales que sur certains détails importants de pratique technique, qui découle de la lecture des quelques observations suivantes. En présence des nombreux cas de fistules abordées par le traitement direct, nous avons préféré nous en tenir à la statistique d'un seul chirurgien (**le Doc. DELORE**), afin de donner à notre travail plus de cohésion d'ensemble.

Nous communiquons, le plus succinctement possible, onze observations de fistules pyo-stercorales, réparties en deux groupes. Le premier, le plus important, comprend

(1) Voy. aussi : HARTMANN, *Congr. de Chir.* 1911.

dix cas de fistules « sur anse saine » (Hernies étranglées, appendicites abcédées, traumas) : elles sont le fonds de notre sujet. Dans un intérêt didactique, nous les avons subdivisées en deux séries : dans la première, les *cas à entérectomie* (3) ; dans la deuxième, *ceux à entérorraphie latérale* (6) ; le dernier et dixième cas est un exemple de *fermeture spontanée de la fistule*. Le deuxième groupe, que nous n'avons à dessein alimenté que d'un seul cas, illustre les faits de *fistules pyo-stercorales « sur anse tuberculeuse »*, justiciables des mêmes procédés thérapeutiques que les précédentes, avec la résection comme stade ultime.

OBSERVATIONS

1^{er} GROUPE : FISTULES P.-S. SUR ANSE SAINNE

A) 1^{re} Série : Cas suivis d'entérectomie

OSBERVATION I

Hernie crurale étranglée ; abcès de la fosse iliaque droite ; fistule pyo-stercorale ; entérectomie.

Pon... Marie, Vve Od..., 61 ans. Entre le 17 mars 1917 pour hernie crurale droite étranglée depuis 48 heures. Kélotomie ; l'intestin, très serré, paraît sain.

Le 24 juillet 1917, phénomènes d'occlusion intestinale. Au-dessus de l'arcade crurale droite, gros plastron. Incision d'un volumineux abcès ; drainage. On incrimine une perforation probable de l'intestin hernié en mars et réduit avec un point de sphacèle limité. Fistule P.-St.

Transformation progressive de la fistule P.-S. en St. pure.

Le 8 décembre 1917 : cure radicale de la fistule par la méthode intra-péritonéale. Au niveau de la fistule, intestin sténosé (rétrécissement post-herniaire). On résèque la sténose et les tissus indurés ; il reste en arrière un pont de muqueuse saine ; sutures au catgut entre des bouts de calibre inégal.

Guérison complète de la fistule. Cette malade a été réopérée, en mai 1920, pour des faits d'occlusion incomplète, due à une torsion du côlon transverse ; cure concomitante d'une éventration au niveau de la cicatrice de l'ancien abcès.

Remarque : les deux temps de la cure de la F. P. S. ont été distants de 4 mois $\frac{1}{2}$.

OBSERVATION II

Hernie inguinale droite étranglée ; réduction en masse et perforation de l'anse. Exposition de l'anse au-dehors ; cure radicale de l'anus.

Homme de 61 ans. Hernie ing. droite étranglée, que le malade réduit lui-même par pression. Météorisme consécutif et arrêt complet des gaz. Pouls à 130 ; température 37°4. matité dans les 2 fosses iliaques.

Le 9 mai 1908, laparotomie médiane sous-ombilicale. On trouve une anse étranglée à l'anneau ing. profond, perforée à ses deux sillons et sphacélée dans la zone intermédiaire sur une longueur de 7 à 8 cm. Elle baigne dans un liquide fécaloïde. On l'attire au-dehors, où on l'expose, tandis qu'une mèche et deux drains l'entourent jusque dans la collection fécaloïde.

Le 25 juin 1908, l'A. C. N. livre passage à beaucoup de bile et l'on tente *un peu tôt* la cure radicale. Dissection d'une collerette cutanée, retournée et suturée autour des deux bouts avec éperon. Décollement des deux bouts, qui sont *réséqués* (méthode intra-péritonéale). Bouton de Murphy-Villard. Suture du péritoine. Fils d'attente sur la paroi.

A noter des adhérences aux orifices herniaires, surtout à droite, une symphyse de tout le petit bassin, remontant jusqu'à l'ombilic.

Le 18 juin : suites parfaites ; fils d'attente serrés. Evacuation du bouton. Guérison rapide.

Remarque : le deuxième temps ayant dû être **très précoce**, les adhérences, compagnes constantes des F. P. S., n'ont pas eu le temps de rétrocéder ; leur densité n'a pourtant pas mis obstacle à la résection intestinale.

OBSERVATION III

Blessure de l'abdomen par balle ; plegmon de la fosse iliaque droite. — Incision et contre-ouverture lombaire ; fistule pyostercorale. — Essai de cure de l'anus ; échec. Résec-

tion du cœco-côlon ascendant ; réaction péritonéale vive : entérostomie. Nouveau débridement de fistules purulentes simples. Guérison.

M.. Eugène, 29 ans, soldat au 56^e R. I. *Le 9 octobre 1918*, perforation de l'abdomen par une balle ayant pénétré dans la région lombaire D., au-dessus de la crête iliaque et étant sortie au niveau du scrotum D. Aucune intervention à ce moment, mais coliques, vomissements. Arrive dans le service du Docteur Delore le *10 décembre 1918*. A ce moment, issue de pus sans matières par les orifices ; grosse collection de la fosse iliaque droite. Radiographie négative.

Le 13 décembre 1918, incision de la fosse iliaque droite et contre ouverture lombaire pour énorme phlegmon descendant vers le petit bassin ; drainage. *Fistule pyo-stercorale 3 jours après.*

Assèchement momentané de la suppuration, qui reprend avec persistance, si bien que, *le 19 février 1919*, M. Delore fait sauter le pont de parties molles entre les deux précédentes incisions. Affaiblissement de la suppuration tel que, *le 19 septembre 1919*, on tente la cure de l'anus iliaque : libération difficile du cæcum, qui porte sur sa face antéro-externe une brèche de la surface d'une pièce de 2 fr. Entérorraphie latérale à 3 plans de catgut ; fermeture du péritoine, paroi laissée en partie ouverte. Dans les jours suivants, réapparition de la fistule pyo-stercorale. On envoie le blessé chez lui, pendant 4 mois, jusqu'au moment propice pour un nouvel essai de traitement direct de l'intestin.

Le 9 janvier 1920, laparotomie sur le bord externe du grand droit à droite (Docteur Delore). Résolu à extirper l'anse lésée, on dégage d'emblée l'angle droit du côlon par la section des brides et ligaments péritonéaux ; section du côlon à l'angle droit, puis section de la fin du grêle et libération progressive du cœco-côlon ascendant de bas en haut ; chemin faisant, hémostase du mésentère. Extirpation de toute l'anse dégagée entre les deux sections ; à ce moment on aperçoit des matières fécales dans la fosse iliaque. Suture termino-terminale du grêle au côlon transverse par 3 plans de catgut. *Exclusion de la fosse iliaque droite*, que l'on tamponne et draine par l'ancien orifice de l'anus ; fils d'attente sur la paroi.

Le 11 janvier 1920 réaction péritonéale vive ; ni gaz, ni

selles par l'anus normal. On défait le pansement : il s'écoule toujours du pus au lieu de drainage. *Le 15 janvier 1920*, aggravation des signes d'obstruction, douleur vive dans la fosse iliaque gauche. M. Delore pratique alors à gauche de l'ombilic une entérostomie sur le grêle, suivie d'une issue abondante de matières et de gaz. Amélioration rapide.

Le 5 février 1920, les fonctions par l'anus normal ont repris, mais il persiste encore, au niveau de l'ancien anus iliaque droit, 2 fistules purulentes simples, qui « donnent » abondamment. Débridement immédiat de ces fistules, suivi d'une contre-ouverture fessière et du passage d'un gros drain par la fosse iliaque interne, à travers l'échancrure sciatique. Aucun corps étranger, pas d'os dénudé.

Le 10 février 1920, l'entérostomie s'est fermée spontanément, le malade quitte le service en avril 1920, *guéri*.

Remarque : la première tentative de cure de l'A. C. N. fut réalisée près de dix mois après l'apparition de la fistule pyo-stercorale ; or, cette entérorraphie latérale fut suivie d'échec, parce que la suppuration pariétale, voisine du cæcum, **n'était pas complètement tarie** à ce moment ; d'autre part, le dégagement du cæcum avait été laborieux, et les sutures avaient peut-être rapproché des lèvres intestinales de vitalité suspecte. Ces deux dernières circonstances expliquent, par surcroît, l'échec de l'entérorraphie.

B) 2^e Série : Cas suivis d'Entérorraphie latérale

OBSERVATION IV

Abcès appendiculaire ; débridements. Fistule pyo-stercorale, transformée progressivement en fistule labicé. Entérorraphie latérale sur le côlon. Guérison.

P... Constant, 47 ans, horloger. Abcès appendiculaire, ouvert,

le 31 octobre 1918, par la fosse iliaque droite, et contre-ouvert par la région lombaire ; issue d'un pus abondant. Amélioration, mais, au bout de quelques semaines, réascension de la température. Aussi le 24 décembre 1918, on met à plat tout le trajet entre les deux incisions primitives. Assèchement progressif de la suppuration, mais une fistule stercorale s'y adjoint. Le malade est renvoyé provisoirement chez lui.

Près de 4 mois après, *état complètement labié* de la fistule. Aussi, le 10 avril 1919, M. Delore en pratique la cure. Libération pénible du cæcum ; appendice noyé dans des adhérences et remontant jusqu'au côlon ascendant, qui est perforé, à quelques centimètres au-dessus du cæcum, sur une largeur de pièce de 5 francs. Entérorraphie latérale à 3 plans de catgut. Fermeture complète du péritoine. Fils d'attente sur la paroi.

Dans les suites opératoires, fistulette intercurrente qui guérit spontanément et vite.

Le 8 avril 1920, le malade envoie de ses nouvelles : il est *complètement guéri*.

Remarque : observation typique quant à la conduite thérapeutique de la F. P. S. A noter la **persistance d'adhérences tenaces**, malgré la disparition du pus : l'appendice malade, encore en place, en était la cause, ce qui fait rentrer ce cas dans la règle.

OBSERVATION V

(Inédite)

*Appendicite perforante gangréneuse. — Fistule pyostercorale.
Cure radicale d'un anus contre nature.*

Mlle C..., 32 ans. Atteinte, le 27 octobre 1919, d'une violente douleur abdominale avec vomissements bilieux, météorisme, arrêt des gaz. Le 30 octobre, pouls à 140, température 39°5, abdomen contracturé, matité dans les flancs. La pression est douloureuse dans tout l'étage sous-ombilical. Diagnostic : Appendicite gangréneuse avec péritonite diffuse.

Le même jour, laparotomie iliaque droite ; le péritoine,

libre, contient une grnde quantité de liquide séro-purulent. Le cæcum relevé, on découvre un appendice à pointe pelvienne, autour duquel se trouve du pus encore mal lié. Appendicectomie avec enfouissement. Appendice perforé en son milieu et contenant un gros calcul stercoral. Drainage de l'abcès et du petit bassin.

Les suites furent mouvementées : à plusieurs reprises on crut à la formation d'un nouvel abcès. Enfin, *au début de décembre*, la fièvre tomba, tandis qu'apparaissaient des matières fécales dans le pus. Cette fistule pyostercorale ayant été ouverte plus largement, le pus diminua de quantité, et *vers le 1^{er} février* disparut. Mais la fistule stercorale, désormais labiée, livrait passage à la presque totalité des matières.

Le 4 mars 1920 : cure radicale de l'anus cæcal, de 4 c/m sur 5 environ, par la méthode intra-péritonéale. Pas d'incident *car les tissus étaient souples*. Entérorraphie latérale à 3 plans de suture au catgut n° 1. Suture de la paroi abdominale à deux plans. Fils de crin de Florence d'attente.

Suites très simples. Les fils d'attente sont serrés le quatrième jour. *Guérison maintenue en juillet 1920.*

OSERVATION VI

(Inédite)

Appendicite suppurée ancienne. Fistule pyo-stercorale. Cure radicale d'un large anus cæcal par entérorraphie intra-péritonéale. Guérison.

Mme P..., 41 ans, est malade depuis le 3 juillet 1909. Depuis deux ans, elle accusait quelques pertes. Début des accidents par des signes de péritonite diffuse. Ces accidents aigus, se sont amendés, quoiqu'il persiste de la fièvre et une température de 39°5 à la date du 25 juillet 1909. On constate en outre, un énorme plastron sous-ombilical avec matité, et un empâtement de tout le petit bassin par le toucher vaginal. On pratique une *incision vaginale* qui donne issue à trois cents grammes de pus : en outre, *double incision iliaque*, par lesquelles on passe deux drains qui ressortent par le vagin.

Le 10 août : pouls à 104, ventre moins ballonné, mais température de 38° à 39° et gros plastron lombaire droit et sus-

pubien médian. *Ouverture d'une grosse collection lombaire droite à contenu stercoral* qui se prolonge sous le diaphragme; Ouverture d'un volumineux abcès sus-pubien : on constate alors qu'il s'agit d'une appendicite suppurée et non d'une salpingite, comme on pouvait le supposer au début.

Le 17 septembre : après une période de grosse amélioration, la température remonte depuis 20 jours et oscille entre 37°5 et 39°. La fistule iliaque droite livre passage à beaucoup de pus et à une grande quantité de matières stercorales. *Cette fistule est ouverte largement dans tous ses recoins.* La perte de substance intestinale siège sur le cæcum.

Le 14 avril 1910 : l'état général est excellent, mais il persiste un *énorme anus iliaque droit*, avec prolapsus, siegeant sur le cæcum, et s'étendant de l'épine iliaque antéro-supérieure au rebord des fausses côtes. *Les tissus du voisinage sont souples* et l'on se décide à la cure radicale. 1° Dissection d'une collerette cutanée dont les bords retournés sont suturés ; 2° ouverture circulaire du péritoine adhérent de tous côtés à l'épiploon, au côlon et au cæcum. Le côlon ascendant et le cæcum sont *libérés très largement* et attirés dehors; 3° suture de la perforation cæcale, qui a les dimensions de la paume de la main, à trois plans de catgut n° 0 : un plan muqueux, un musculo-séreux, un séro-séreux ; 4° suture hermétique du péritoine. Pour cela le péritoine de la fosse iliaque a été mobilisé par décollement. Tamponnement de la plaie. Fils métalliques d'attente sur la paroi.

17 avril, suites simples. Les fils d'attente sont serrés.

30 avril : *guérison complète.* Celle-ci se maintenait aux dernières nouvelles en 1914.

Remarque : dans cette observation, il ne fallut pas attendre moins de **huit mois** pour tenter et réussir, en tissus souples et malgré un reliquat de péritonite plastique, la fermeture de la brèche d'intestin.

OBSERVATION VII

Etranglement dans une ancienne éventration. Fistule pyostercorale. Débridement des trajets. Cure radicale de l'A. C. N.

Mme C..., 60 ans. Opérée autrefois d'une tumeur pelvienne. L'incision de laparotomie médiane sous-ombilicale conservait une éventration. Apparition rapide de signes d'étranglement dans l'éventration, suivis de phlegmon stercoral et, finalement, ouverture spontanée de celui-ci au tégument.

Le 14 juin 1917, issue de matières par plusieurs orifices, accompagnées de pus. *Des clapiers sont largement ouverts.*

Le 19 juillet 1917, en raison du tarissement de la suppuration, M. Delore ferme l'A. C. N. L'anse intestinale grêle perforée est décollée et attirée au-dehors, puis les bords de la perforation (qui admet l'index) sont avivés et suturés aux trois plans habituels de catgut, dans le sens transversal. Réintégration de l'anse. Suture du péritoine. Fils d'attente sur la paroi.

Le 25 juillet 1917, les fils d'attente sont serrés. Suites opératoires parfaites. Malade *revue en 1920*, guérison persistante.

Remarque : ici, à peine plus d'un mois à séparé les deux temps opératoires, **parce que le pus disparut tôt ;** l'anse grêle n'en fut pas moins aisément libérable.

OBSERVATION VIII

(Inédite ; résumée)

Péritonite subaiguë ; phlegmon stercoral. Drainage. Cure de l'A. C. N.

Mad. Gou..., 53 ans. Entre le 26 novembre 1916 avec des signes de péritonite et d'occlusion datant de plusieurs jours ; température : 38°.

Le 27 novembre 1916, laparotomie médiane exploratrice. On découvre un phlegmon stercoral qui se prolonge dans la fosse iliaque droite, et contenant des gaz et des matières. On le draine et contre-ouvre dans la fosse iliaque D. : drain.

Le 22 mars 1917, la suppuration n'est plus, et l'on traite l'A. C. N. par une entérorraphie latérale classique à trois plans de catgut.

Dans la suite (avril 1917), cette malade reprit de l'obstruction chronique, que l'on traita par un anus còlique transverse (néoplasme probable au-dessous).

OBSERVATION IX

Appendicite grave ; collection pelvienne, puis iliaque droite ; drainages. Cure de l'A. C. N.

T... Etienne, 18 ans. Il y a 2 ans, crise appendiculaire légère. Le 15 février 1914, douleur brutale dans l'abdomen, surtout autour du point de Mac Burney ; rétraction de la paroi, 39°7, vomissements. Diagnostic : appendicite grave. Au toucher rectal : collection pelvienne droite. Etant donné l'état du malade, on se contente d'une *laparotomie rectale* d'évacuation.

Les phénomènes aigus rétrocedent, mais, sept jours plus tard, la température remonte. Collection illiaque droite. *Intervention* : laparotomie illiaque, évacuation, appendi-cectomie.

Les jours suivants, fistule cœcale pyo-stercorale. Progressivement, l'état local s'améliore ; selle rectales. Persistance de l'A. iliaque droit.

Trois mois plus tard, cure radicale de l'A. C. N. Incision elliptique ; section des adhérences pour libérer le cæcum à l'intérieur de la séreuse et entérorraphie latérale sur le cæcum. Fermeture du péritoine et fils d'attente sur la paroi.

L'opéré a fait la campagne ; en mai 1917, il était revu guéri.

OBSERVATION X

(Inédite)

Hernie étranglée ; fistule P. S. ; pas de cure de l'intestin, qui se ferme spontanément.

Mad. Cou..., née Pra..., 36 ans, est opérée le 4 mars 1918 pour une volumineuse hernie étranglée, dont l'anse, sphacélée, est fixée au tégument.

Une F. P. S. s'ensuit, dont on détruit les clapiers ; on consolide l'abouchement de l'intestin (cæcum) à la peau, se réservant de faire le traitement de l'anse en temps opportun. Malheureusement, la suppuration était à peine asséchée que

l'opérée, refusant l'intervention complémentaire, quitta le service, porteuse d'une fistule cæcale à peu près uniquement stercorale ; cette femme s'était astreinte à porter un appareil à A. C. N.

Convoquée par nous le 28 octobre 1920, cette malade nous réserva la surprise d'une *fermeture spontanée* de sa fistule cæcale, au niveau de laquelle persiste encore un léger suintement non stercoral ; aucune colique, état général parfait.

Remarque. — Nous ne doutons pas que ce cas confirme les résultats bienfaisants de la **cure abstersive des F. P. S.**, dont la bonne conduite conditionne si nettement l'évolution de la plaie intestinale, livrée à elle-même (cas rares de TRÉLAT, de LE DENTU) ou soumise à l'acte chirurgical.

2° GROUPE : FISTULES P.-S. SUR ANSE TUBERCULEUSE

Nous possédons trois observations démonstratives, toutes **des tuberculoses iléo-cæcales fistulisées et suppurantes**, que M. Delore a traitées en s'inspirant des mêmes principes qui font le succès des cures de F. P. S. banales, dites sur anse saine. Nous n'en rapportons que le dernier cas, le plus récent.

OBSERVATION XI

(Inédite)

Tuberculose iléo-cæcale ; fistule pyo-stercorale post-opératoire ; cure radicale par résection iléo-cæcale.

Mlle M..., 26 ans, présente depuis deux ans des *signes d'entéro-côlite* (glaires et fausses-membranes, parfois sang). Par intervalles, crises de diarrhée suivies de périodes de constipation avec météorisme. Le diagnostic a toujours été : enté-

ro-côlité muco-membraneuse, et jamais une intervention n'a été proposée.

Observée le 8 mai 1920 : jeune fille amaigrie, au teint terreaux ; la température monte souvent à 38° le soir règles très irrégulières. Examen général négatif. On note seulement un point douloureux des plus nets dans la fosse iliaque droite, siège d'un empatement vague. Pensant à une appendicite chronique, M. Delore propose une intervention.

Le 12 mai 1920, incision iliaque droite. Il s'agit d'une tuberculose iléo-cæcale fort étendue, paraissant remonter jusqu'à l'angle droit du côlon ; cæcum induré, épiploon épaissi sans granulations. On se borne à extraire l'appendice, qui est très long, gros et cartonné ; mais, craignant une fistulisation (car les parois cæcales indurées « coupent » sous les fils), on cloisonne la fosse iliaque et laisse un drain. Appendice plein de pus.

Le 20 mai : suites opératoires compliquées, avec de la fièvre (jusqu'à 39°) et de la suppuration. Aujourd'hui, *des matières fécales apparaissent dans le pus*.

Le 4 juin, il existe 2 orifices d'échappement des liquides pyo-stercoraux, aux extrémités de l'incision. *On les réunit pour mieux drainer*.

Le 14 juin, température normale. La plaie, rétrécie, « donne » toujours pus et matières. L'opérée part à la montagne.

Le 5 octobre, elle revient avec une simple fistule stercorale, sans pus appréciable. Aspect florissant : elle a engraisé de 8 kilog et repris ses forces.

Le 7 octobre, M. Delore pratique une résection iléo-cæcale sur une longueur de 40 cm. (20 cm environ du grêle et autant du gros), en emportant dans la pièce la fistule. L'opération est achevée par un bout-à-bout termino-terminal à 3 plans de catgut, malgré la grande différence de calibre des deux intestins, et par la suture complète du péritoine. Fils d'attente sur la paroi, serrés deux jours plus tard. Suites des plus simples. L'opérée part chez elle le 23 octobre, apyrétique et s'alimentant sans nulle douleur.

Examen de la pièce : disparition complète du cul-de-sac cæcal ; au fond du cæcum s'ouvre directement l'orifice appendiculaire qui, par le trajet fistulaire réséqué, va déboucher au centre de la collerette de tégument excisé : il s'agissait bien d'une fistule créée par l'appendicectomie. Valvule de Bauhin

non rétrécie, cæcum induré ; sur sa muqueuse, comme sur celle du grêle, et dans toute la hauteur du segment, même sur les tranches de section, existent des ulcérations légères, sans induration bien appréciable au doigt.

Remarque. — Il est difficile de trouver compte-rendu d'un fait de F. P. S. tuberculeuse plus probant, en faveur des idées défendues ici.

STATISTIQUE

Parmi les onze observations rapportées, quelques-unes marquent des incidents intercurrents d'une certaine gravité clinique et propres, du même coup, à embrouiller le déroulement normal des actes opératoires. En définitive, la thérapeutique de ces fistules P.-S. a été couronnée, en chaque cas, de succès, et **la mortalité y a été nulle**. S'il est vrai, comme on l'a dit, qu'il sied de compter avec les chiffres pour juger une technique — ou une stratégie —, le traitement direct en temps distincts des F. P.-S. nous paraît acquérir toute la valeur en notre stastistique. Or, celle-ci est celle de tous les cas (1) observés et traités, depuis plus d'une quinzaine d'années, par notre maître, M. Delore. Par surcroît, nous jugeons utile d'élargir cette question de chiffres en produisant ici, *en corollaire naturel*, tous les faits de **cure de fistules stercorales simples et d'anús contre nature**, spontanés et chirurgicaux, qui eurent l'occasion d'être soumis à M. Delore.

Ce chirurgien a opéré, depuis une vingtaine d'années, trente-six A. C. N. et fistules simples, dont les observations ont pu être retrouvées, soit vingt-trois (dont dix

(1) Nous aurions pu y ajouter deux autres cas de F. P.-S. ouvertes sur des tuberculoses iléo-cæcales et réséquées, suivis de guérison.

inédits) traités par l'entérorraphie latérale et treize (dont cinq inédits) traités par l'entérectomie. Tous ces faits ont été suivis de guérison. Si nous y ajoutons nos treize cas de fistules pyo-stercorales entérorraphiés ou réséqués, nous trouvons un total de **quarante-neuf fistules et A. C. N. simples ou purulents**, dont les observations nous sont connues et **dont aucun n'a été suivi de mort.**

Nous aurions désiré pouvoir fixer le chiffre contemporain de la **mortalité par entérectomie** dans les fistules S. et A. C. N. Les documents de la guerre n'ont sans doute pas tous été publiés ; d'autre part, un tel travail eût excédé les cadres de celui que nous nous étions imposé. Mais, en rappelant les grandes étapes de cette léthalité :

GOETZ (1890), 32, 5 p. 100.

LE DENTU (1895), 25 p. 100.

TERRIER et GOSSET (1900, 15, 38 p. 100.

DELORE et PATEL (1901), 12 p. 100.

DELORE et THÉVENET (1908), à peine 10 p. 100.

JOURDAN (1910), trente-deux observations postérieures à 1900), 6,25 p. 100 (1),

nous faisons remarquer, avec l'appui des observations de M. Delore, que les progrès de la technique ont dû abaisser encore ce dernier chiffre, au moins en ce qui concerne les faits de la pratique civile. Nous ne pouvons nous étendre davantage sur ce sujet, pourtant plein d'intérêt, ni sur les conclusions de tactique qui s'en dégagent nécessairement.

(1) Jourdan élimine même un cas de Delbet, ce qui réduit le pourcentage à 3,22.

CONCLUSIONS ET RÉSUMÉ

I. — Des observations récentes rapportent des faits de *Fistules pyo-stercorales sur anses saines*, traitées par la **méthode indirecte** de l'Exclusion intestinale préalable, complétée, dans le principe, par la Résection secondaire de l'anse exclue.

Ces tentatives de thérapeutique opératoire ont été souvent suivies de mort, ou bien ont dû demeurer inachevées, et partant inefficaces. En effet :

1° L'exclusion bilatérale, même ouverte, est une source échéante de **périls** très graves (péritonite) ;

2° N'étant que le prélude d'un acte radical secondaire (l'extirpation de l'anse exclue), l'exclusion intestinale **complique**, en bien des cas, ce temps complémentaire et nécessaire, par le processus de la Péritonite plastique.

II. — Or, la stratégie opératoire, dans la cure de ces fistules pyo-stercorales, peut et doit être, à notre avis, conduite plus sainement, par l'emploi de la **méthode directe** :

1° Cure première de **détersion-drainage** de la cavité pyogénique, jusqu'à assèchement de celle-ci et production du *stade labié* de la fistule :

2° Alors seulement, **traitement second de l'intestin**

(entérectomie ou entérorraphie latérale), au lieu même de la brèche intestinale.

III. — Nos observations personnelles justifient et légitiment pleinement la pratique du traitement direct des F. P. S. sur anses saines. En effet :

1° Quelle qu'y ait été la complexité anatomique lésionnelle, chaque acte chirurgical a pu être mené à son terme ;

2° Il n'y a été observé (statistique intégrale) ni échec *in situ*, ni décès post-opératoires.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
L. TIXIER.

Vu :
LE DOYEN,
Jean LEPINE.

Vu et permis d'imprimer :

LYON, le 27 décembre 1920.

Pour le Recteur,
LE DOYEN DE LA FACULTÉ DE DROIT DÉLÉGUÉ,
L. JOSSERAND.

BIBLIOGRAPHIE COMPLÉMENTAIRE (1)

- BERGER. — *De l'Exclusion de l'intestin*. — Congr. de Chir. 1903, p. 74.
- X. DELORE. — *Technique de l'entérectomie*. — Rev. de Chir. 1901, p. 793.
- X. DELORE et PATEL. — *De l'exclusion unilatérale dans les fistules rebelles de l'intestin*. — Rev. de Chir. 1901, t. XXIII, p. 305.
- X. DELORE et THÉVENET. — *Traitement de l'anus contre nature*. — Lyon Chir., 1^{er} décembre 1908.
- GÖTZ. — Thèse de Genève, 1890.
- GUILLEMINET et GUÉRIN. — *A propos du traitement des fistules pyo-stercorales*. — Lyon Chir., 1920.
- HARTMANN. — *De l'exclusion de l'intestin*. — Congr. de Chir., 1903.
- HARTMANN. — *Chirurgie de l'intestin*. — Paris, 1907.
- JEANNIN. — Thèse de Lyon, 1894 (Maurice POLLOSSON).
- JOURDAN. — *Le traitement chirurgical des A. C. N.* — Thèse de Montpellier, juillet 1910.
- LE DENTU. — *Du traitement des fistules stercorales et des A. C. N.* — IX^e Congr. de Chir., 1895, p. 224.
- LE DENTU. — *Du traitement des fistules stercorales et des A. C. N.* — Cliniques chirurgicales, 1904, p. 428.
- MONOD et VANVERTS. — *Traité de technique opératoire*, 1908, t. II, p. 261.

(1) L'autre partie de la bibliographie est incluse dans le texte.

- M. POLLOSSON. — *Le traitement des A. C. N. et des fistules stercorales.* — Baillièrè, 1883.
- REGARD. — Thèse de Lyon, 1895 (M. GANGOLPHE).
- RICARD et LAUNAY. — *Traité de Thérapeutique Chirurgicale*, 1903, p. 558.
- SIKORA. — *L'entéro-anastomose dans le traitement de l'A. C. N.* — Thèse de Paris, 1902.
- TÉDENAT. — *De l'exclusion de l'intestin.* — Congr. de Chir., 1903.
- TERRIER et GOSSET. — *De l'exclusion de l'intestin.* — Rev. de Chir., 1900.
- TRÉLAT. — Cliniques chirurgicales, 1891, t. II, p. 276.
- VAUCHER. — Thèse de Paris, 1889. n° 215.
- VAUTRIN. — *De l'exclusion de l'intestin.* — Rev. de Chir., juillet 1903, t. II, p. 20.
-

TABLE DES MATIERES

	Pages
AVANT-PROPOS	7
INTRODUCTION	9
PREMIÈRE PARTIE	13
DEUXIÈME PARTIE	30
OBSERVATIONS	41
STATISTIQUE	53
CONCLUSIONS ET RÉSUMÉ	55
BIBLIOGRAPHIE COMPLÉMENTAIRE	57
